

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

alle im Zusammenhang mit dem Unfall-/Schadensereignis vom _____ behandelnden
Ärzte gegenüber

- meinen Rechtsanwalt Christoph Willberg, Kessenicher Str. 230, 53129 Bonn,
- den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt Christoph Willberg Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Ort / Datum

Unterschrift